Ueber Magen- u

Rath Prof.

Ihnen über d

und der Gastroentero

bt worden sind.

echtweg und d

Perforation des Darme

rden würde. — I

ieen bei 7 Indi

h das Recidiv 11

hte. Es wäre

en Operation mit

ann hätte der

an Colon

le im ganzen

wurde. Zw

Pylorusschwi

endeten n

3 Pylorectomieen.

sind endete

2 Jahren.

sind von 13 Rese

Jahr worden si

sehen sind bloss

vollkommen

Jahren trat der Tod

Sonderabdruck aus der
„Deutschen Medicinischen Wochenschrift" 1889, No. 45.
Redacteur: Sanitätsrath Dr. S. Guttmann.

10

Ueber Magen- und Darmresectionen.[1])

Von

Geh. Rath **Prof. Dr. Czerny** in Heidelberg.

Ich wollte Ihnen über die Resultate der Magen- und Darmresectionen und der Gastroenterostomieen berichten, welche an unserer Klinik gemacht worden sind. Ich schliesse also die Gastro- und Enterostomieen schlechtweg und die Darmresectionen wegen Gangrän und acuter Perforation des Darmes aus, weil sonst das Gebiet zu ausgedehnt werden würde. — Das vorausgesetzt, habe ich ausgeführt: 8 Pylorectomieen bei 7 Individuen wegen Krebs, indem ich bei einem auch das Recidiv 11 Monate nach der ersten Operation zu beseitigen suchte. Es wäre besser gewesen, wenn ich mich bei dieser zweiten Operation mit einer einfachen Gastroenterostomie begnügt hätte. dann hätte der Patient die Operation vielleicht überlebt, während er so an Colongangrän zu Grunde ging. Auch zwei andere Todesfälle (im ganzen also 3 von 7 Individuen) waren durch Colongangrän verursacht. Zwei elliptische Excisionen, die eine wegen stenosirenden Pylorusgeschwürs vor 7 Jahren und die andere wegen eines Netzsarcoms endeten mit Genesung.

Von 3 Pylorectomieen, welche wegen gutartiger Stenosen ausgeführt worden sind, endete eine tödtlich durch Diastase der Naht, während 2 genasen.

Somit sind von 13 Resectionen am Magen, welche an 12 Patienten ausgeführt worden sind, 4 gestorben und 8 genesen.

Dauernd geheilt sind bloss die gutartigen Stenosen, während die bösartigen wohl ausserordentlichen subjectiven Nutzen von der Operation hatten und sich nach derselben für gesund hielten, aber nach 5 Monaten bis zu 2 Jahren trat der Tod an Recidiv ein. Die Beschwerden bei

[1]) Vortrag, gehalten in der Section für Chirurgie der 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

dem Recidiv waren durchaus dieselben, wie bei der ursprünglichen Krankheit. (Vorführung von 2 Fällen, bei denen die Resection am Magen vor sieben und einem Jahre mit bestem Erfolge ausgeführt war.)

Bis zum Jahre 1885 musste ich sehr häufig (12 mal) die Bauchhöhle wieder schliessen, weil der vorgefundene Krebs sich entweder durch ausgedehnte Verwachsungen oder Metastasen als inoperabel erwiesen hatte. Im ganzen habe ich 14 mal die Probeincision, 13 mal wegen Krebs und einmal wegen vermutheter Adhäsionen des Magens ausgeführt. Von diesen Kranken habe ich bloss einen verloren, bei welchem ich den Versuch, den Tumor zu isoliren, schon allzu weit getrieben hatte. Es war also keine Probeincision mehr, sondern eine unvollendete Operation. Die Ungefährlichkeit der Probelaparotomie scheint mir somit für diese Kategorie von Fällen erwiesen zu sein.

Durch die Wölfler'sche Gastroenterostomie haben wir ein Mittel gewonnen, welches in solchen Fällen, die für die Resection ungeeignet sind, dem Patienten noch palliative Linderung seiner Beschwerden manchmal in so hohem Grade bringen kann, dass er sich nach der Operation wieder ganz gesund fühlt. In einem meiner Fälle nahm die Kranke um die Hälfte ihres Gewichtes in wenigen Wochen zu und lebte noch $11^1/_2$ Monate. Leider war das der günstigste Fall, und ich bin nicht so glücklich gewesen, wie Herr College Lücke, welcher ja bekanntlich 9 Fälle hinter einander durchgebracht hat. Vielleicht liegt es darau, dass ich verschiedene Methoden probirte, während er typisch nach dem ursprünglichen Wölfler'schen Schema verfahren ist.

Ich habe die Gastroenterostomie 5mal nach Wölfler's und 6mal nach v. Hacker's Methode ausgeführt. Ich halte die letztere für anatomisch richtiger, weil die Därme in ihrer natürlichen Lage bleiben. Sie ist jedoch bloss dann mit einiger Sicherheit ausführbar, wenn der Magen stark dilatirt und so beweglich ist, dass er leicht aus der Bauchwunde hervorgewälzt werden kann. Obgleich ich schon meine zweite Gastroenterostomie am 1. December 1885 nach v. Hacker mit bestem Erfolge ausführte und immer bestrebt war, nach derselben Methode zu verfahren, musste ich doch bei den 9 folgenden Operationen 4 mal zu der Wölfler'schen Methode greifen, weil der Magen nicht beweglich genug war.

Das Duodenum findet man sehr leicht, wenn man den Magen und das Quercolon heraufschlägt, dann längs des Mesocolon die Wirbelsäule aufsucht. Links von derselben taucht das Jejunum aus dem Mesocolon hervor und lässt sich leicht hervorziehen. Nachdem das Mesocolon an einer gefässlosen Stelle durchbrochen ist, wird der zunächstliegende Theil des Duodenojejunum durch einige Serosanähte in der Längsrichtung mit dem Magen vereinigt, dann eröffnet, zuerst hintere, dann vordere Schleimhautnähte und endlich die vorderen Serosanähte angelegt. Ich habe die Oeffnung in der Regel bloss 3 cm lang gemacht, brauchte ca. 30 Nähte und $^3/_4$ Stunden Zeit für die Operation. Da aber in einem Falle, welcher $5^1/_2$ Monate nach der Operation zur Section kam, die kreisrunde Oeffnung bloss 9 mm

im Durchmesser hatte, bin ich, wie Lücke, zu der Ueberzeugung gekommen, dass man die Oeffnung 4—5 cm lang machen muss.

Ob die Senn'sche Methode mit decalcinirten Knochenringen Vortheile darbietet, konnte ich noch nicht entscheiden.

Die Resultate meiner Gastroenterostomieen waren nicht so gut, wie bei den Magenresectionen. Nur vier Fälle hatten wirklichen Nutzen von der Operation, indem die Kranken nach der Reconvalescenz mit grossem Appetit assen und alle ihre Beschwerden, welche vor der Operation bestanden hatten, verloren. Leider starb ein Fall 14 Tage nach seinem Austritt aus der Klinik an einem Diätfehler. Zwei lebten $5^1/_2$ und $11^1/_2$ Monate und starben an der fortschreitenden Erkrankung, während der vierte $2^1/_2$ Monate nach der Operation in bestem Wohlsein nach Amerika gereist ist. Von diesen waren zwei nach Wölfler und zwei nach v. Hacker operirt.

Drei starben im Anschluss an die Operation an Sepsis. In vier Fällen trat der Tod durch fortschreitenden Marasmus oder Schluckpneumonie in der 2.—4. Woche ein. Die Operation war bei diesen Kranken wohl zu spät unternommen worden.

Ich gehe nun zu den Darmresectionen über: Wegen maligner Darmtumoren habe ich 6 mal resecirt und dabei 4 Todesfälle und 2 Genesungen nach der Operation erlebt. In 3 Fällen war der ursprüngliche Colontumor so fest mit dem Dünndarm (einmal Flexur) verwachsen, dass auch von diesen ein Stück resecirt werden musste. Der primäre Tumor sass dreimal im Coecum und dreimal im Colon transversum. Von den 2 genesenen Fällen starb eine Frau $5^1/_2$ Monate später an Recidiv, während ich Ihnen die zweite hier vorstellen kann. Ich hatte bei derselben schon am 22. November 1881 ein Ovarialsarcom exstirpirt und musste am 19. Juni 1886 ein faustgrosses Sarcom am Colon transversum entfernen. Die Frau ist jetzt noch vollkommen frei von Recidiv.

Von besonderem Interesse dürften 5 Darmresectionen sein, welche ich wegen tuberculöser Geschwüre ausgeführt habe. Bei drei wurde die Ileocoecalpartie des Darmes resecirt, weil der Tumor und die Stenoseerscheinungen Abhülfe verlangten. Zwei davon sind genesen, und ich kann Ihnen eine Patientin, welche am 2. Juni 1886 operirt worden ist, vorstellen. Der dritte starb, weil der Ureter in die perityphlitischen Schwarten eingebettet und verletzt wurde, so dass auch die Niere exstirpirt werden musste. Die Todesursache war jedoch eine Nekrose der Nahtlinie.

Die 2 anderen Fälle betrafen den Dünndarm und hatten zu Darmfisteln geführt, welche die Indication zur Operation abgaben. Ein Patient mit 2 Darmfisteln genas, während der andere, bei welchem 6 Oeffnungen des Darmes genäht werden mussten, an Perforation des Darmes entfernt von der Nahtstelle zu Grunde ging.

Wegen Intussusceptionen habe ich 4 mal resecirt und davon einen Kranken verloren. Drei davon verlangten eine Resectio ileocolica, und bei dem 14jährigen Knaben, welchen ich hier vorstelle, musste ich am 15. Juni 1888 an 80 cm Darm entfernen, weil die Invagination

zeitweise bis aus dem After hervorkam, und das Intussusceptum durch theilweise Gangrän sich so umgestülpt hatte, dass die Serosa des Darmes nach Innen sah.

In einem vierten Falle handelte es sich um ein Intussusceptio colica, welche durch ein in der Flexura sigmoidea sitzendes papilläres Carcinom entstanden war. Die Operation wurde, wie in den Fällen von Mikulicz durch Resection des aus dem After vorgefallenen Intussusceptum mit bestem Erfolg vollendet.

Wegen Kothfisteln, welche nach Hernien zurückgeblieben waren, habe ich 6 mal operirt. In der Regel wurde die Fistel elliptisch umschnitten und der Schnitt nach beiden Seiten verlängert und dann der Darm aus seiner Umgebung gelöst. Nur 2 mal genügte eine Glättung der Schleimhauträuder und lineäre Vereinigung durch Etagennähte. In den übrigen Fällen musste eine circuläre Resection der Darmnaht vorausgeschickt werden, da sonst Stenosen des Darmes die Heilung gefährdet hätten. Nur einmal wurde bei einem Schenkelbruche die Bauchhöhle oberhalb des Leistenbandes eröffnet, der fistulöse Darm abgelöst und zugenäht, weil die Umgebung der Fistel mit Hohlgängen durchsetzt und eczematös war.

Fünfmal sass die Fistel im Dünndarm und einmal im Quercolon, das auch mit bestem Erfolg resecirt wurde. Der rückführende Schenkel war hier vollkommen verschlossen und atrophisch und konnte nur mit vieler Mühe an den erweiterten zuführenden Schenkel adaptirt werden. Trotzdem sehen Sie an dem Präparate (welches $1^1/_2$ Jahr später gewonnen wurde) keine Spur von Nahtlinie.

Dreimal handelte es sich um Schenkelbrüche, zweimal um Nabelbrüche und einmal um einen Leistenbruch.

Von den 6 Kranken starb eine Frau an Collaps, da sie durch Phthise und Säfteverlust bei Jejunalfistel ausserordentlich geschwächt war. Bei den übrigen trat Heilung per primam ein.

Ich habe somit von 21 Patienten nach der Darmresection 8 verloren. Da viermal eine Doppelresection gemacht werden musste (von denen 2 starben, 2 genasen) und einmal sogar 6 tuberculöse Fisteln genäht wurden (Tod), so bessern sich die Resultate der Darmnaht ganz erheblich, denn diese Fälle muss man wohl besonders zählen. Obgleich das Resultat besser ist, als die grossen Sammelstatistiken durchschnittlich ergeben, so zweifle ich doch nicht, dass die Darmresectionen in der Hand eines geschickten Operateurs ähnliche Fortschritte aufweisen würden, wie die Ovariotomie in der Hand von Spencer Wells. Mit der Verbesserung der Erfolge werden sich die Indicationen häufen, welche öfters vorhanden seiu dürften, als die für die Entfernung eines Eierstockes. Wenn auch bei kleinen Zahlen der Zufall eine grosse Rolle spielt, so ist es doch nicht ohne Bedeutung, dass ich bis 1885 unter 7 Darmresectionen 4 Todesfälle und von da bis jetzt unter 14 Darmresectionen ebenfalls nur 4 Todesfälle aufzuweisen habe. Der Tod erfolgte meistens an Collaps, seltener an septischer Peritonitis, welche sich bei Darmresectionen niemals ganz ausschliessen lässt.

Nur in einem Falle erwies sich die Naht als insufficient, da Nekrose der Nahtränder eingetreten war.

Die Resection betraf 8 Mal die Ileocoecalgegend (4 +), 2 mal das Quercolon und 1 mal die Flexur nahe dem Rectum, 5 mal den Dünndarm (1 +), 4 mal Doppelresectionen (2 +) und 1 mal eine sechsfache Dünndarmnaht (+).

Die Heilung der Darmnaht erfolgte immer per primam. Bloss 1 mal bei einer tuberculösen Darmfistel trat später secundäre Fistelbildung ein. In allen Fällen wurde die doppelreihige Seidenknopfnaht angewendet und der genähte Darm in die Bauchhöhle versenkt. Eine Drainage der Bauchhöhle wurde fast immer vermieden. Die doppelreihige Darmnaht führt bei richtiger Ausführung zu einer so spurlosen Vereinigung des Darmrohres, dass wohl heutzutage mehr eine Ausbildung der individuellen Technik, als die Aufsuchung neuer Methoden am Platze sein dürfte.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin W.